



Clinique  
de la Niotte

## RECUEIL DU CONSENTEMENT ECLAIRE



**DOC ADM 21 3**

VERSION 1	Création	08/07/2010
VERSION2	Révision : changement de référence (ancienne référence : DOC 028 A)	30/09/2014
VERSION 3	Révision : pas de modifications	09/11/2018
Validation : 12/11/2018	Application : 12/11/2018	Diffusion 12/11/2018

Au cours de la consultation du : ..... / ..... / ..... à ..... H .....

Le docteur : ..... Discipline : .....

M'a indiqué que :

L'examen : .....

L'intervention chirurgicale : .....

Qu'il m'a décrit(e) et qui est prévu(e) pour le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ était opportun(e).

Je reconnais avoir reçu du praticien toute l'information souhaitée, simple, intelligible et ne plus avoir de questions complémentaires à poser concernant l'évolution spontanée des troubles ou de la maladie dont je souffre.

Le praticien m'a expliqué les risques auxquels je m'expose, les bénéfices attendus de l'acte pratiqué et ses alternatives thérapeutiques.

Je reconnais avoir été informé que tout examen ou toute intervention chirurgicale comporte un certain pourcentage de complications et de risques y compris vitaux, tenant non seulement à la maladie dont je suis affecté(e), mais également à des variations individuelles, non toujours prévisible. Certaines de ces complications de survenue exceptionnelle peuvent ne pas être guérissables.

J'ai également été prévenu qu'au cours de l'intervention ou l'examen, le praticien peut se trouver en face d'une découverte ou d'un événement imprévu nécessitant des actes complémentaires ou différents de ceux prévus initialement, voire une interruption du protocole prévu.

Je sollicite donc de sa part la prise en considération de ces éventualités et l'autorise à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire.

NOM et PRENOM du patient (ou de son représentant légal) : .....

DATE : ..... / ..... / .....

Signature :